

## Коморбидность депрессии и личностных типов при ишемической болезни сердца

И.Э.Секоян

Научно-исследовательский институт курортологии и физической медицины

375028 Ереван, ул.Братьев Орбели, 41

**Ключевые слова:** депрессия, личностные типы, ИБС

Анализ результатов многоцентровых исследований свидетельствует, что депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства отмечаются у 20 – 70% больных верифицированной ИБС с весьма угрожающей положительной корреляцией частоты депрессии с развитием инфаркта миокарда (ИМ) [22,31]. Изучение коморбидной депрессии при ИБС показало, что пациенты, перенесшие ИМ, ассоциированный с депрессией, подвергнуты более высокому риску внезапной сердечной смерти [11]. Депрессия рассматривается в качестве дополнительного фактора риска ИБС, критерия прогнозирования ее течения, предиктора развития повторных ИМ [15,32], одного из доминирующих факторов неблагоприятного течения реперфузионного периода после перенесенной операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) [9,12]. Наличие личностного (коронарного) типа А [16] у больных ИБС рассматривается как поведенческая особенность, усугубляющая течение заболевания [17,27]. Высокая степень ассоциированности депрессивного синдрома с качеством жизни больных ИБС [28] выдвигает необходимость более широкого использования междисциплинарного подхода к данной проблеме [14,24].

### Материал и методы

**Клиническая характеристика больных ИБС.** Исследованию подверглись 163 стационарных и амбулаторных больных с различными формами ИБС. Среди обследованных пациентов преобладали лица мужского пола (женщин – 40; мужчин – 123) в возрасте 45–65 лет. При характеристике клинической формы ИБС придерживались Международной классификации болезней (МКБ-10). Для оценки степени тяжести состояния пациентов со стабильной стенокардией напряжения (ССН) использовали Канадскую классификацию, позволяющую разделить больных на 4 функциональных класса (ФК I – IV) по их способности выполнять физические нагрузки. С учетом основных

требований, определяющих адекватно проведенное исследование, конечные результаты сравнивались в следующих группах: I контрольная группа (К<sub>1</sub>) – практически здоровые лица; II контрольная (К<sub>2</sub>) – пациенты терапевтического профиля без клинических признаков кардиоваскулярной патологии; III группа – больные ССН I–II ФК; IV – больные с перенесенным в прошлом ИМ; V – пациенты, подвергшиеся операции АКШ.

Распределение больных, перенесших ИМ: до 6 мес. – 9 больных, более 6 мес. – 50; больные, перенесшие АКШ: до 6 мес. – 12; более 6 мес. – 25. Наиболее значимыми факторами риска среди обследованных больных ИБС являлись: гиподинамия, избыточная масса тела, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение табака, длительная психическая травма.

По характеру трудовой деятельности преобладали пациенты, занимающиеся умственным трудом. В обследование больных с различными формами ИБС, помимо общепринятых клинико-лабораторных и функциональных методов исследования, входило проведение 24-часового холтеровского кардиомониторинга с помощью компьютерной системы «Ambulatory ECG Analysis System» (Hewlett-Packard).

**Методы психометрии.** Для проведения психодиагностических исследований использовались следующие стандартизированные тесты и опросники (версии на армянском и русском языках) с частичной адаптацией:

- Jenkins Activity Survey (JAS) – наиболее распространенный опросник для исследования типа личности с акцентуацией внимания на особенностях личностного (коронарного) типа А – психологическом феномене, встречающемся примерно в два раза чаще у лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
- Beck Depression Inventory (BDI) – пересмотренный в 1996г. и приведенный в соответствие с критериями DSM-IV опросник для оценки на-

личия и уровня депрессии [7,8].

- Zung Depression Inventory (ZDI) – для дифференциальной диагностики депрессивных состояний, объективной оценки интенсивности депрессивных симптомов и оценки уровня депрессии в целом [4].

Статистический анализ проводился с помощью пакета программы SPSS.

## Результаты и обсуждение

Структура распределения больных ИБС по личностным типам, согласно JAS. Все возрастающий интерес к изучению профиля личности больного ИБС продиктован стремлением исследования психологических особенностей личности как фактора риска развития коронарогенных поражений миокарда и реакции больного на развитие у него ангинозных приступов, и в особенности ИМ.

Анализ данных изучения личностного типа больных ИБС, включая перенесших операцию АКШ, свидетельствует, что среди обследованных пациентов

более часто встречаются крайние личностные типы А и В, составляющие в общей сложности 89,6% всего контингента. Одновременно установлено, что число больных ИБС с личностным типом А превалирует над типом В (соответственно 51,5 и 38,1% случаев). Личностный тип А у мужчин представлен в 52,4% случаев, у женщин – в 45,7%, между тем как промежуточный тип АВ чаще встречается у женщин (рис.1,2).

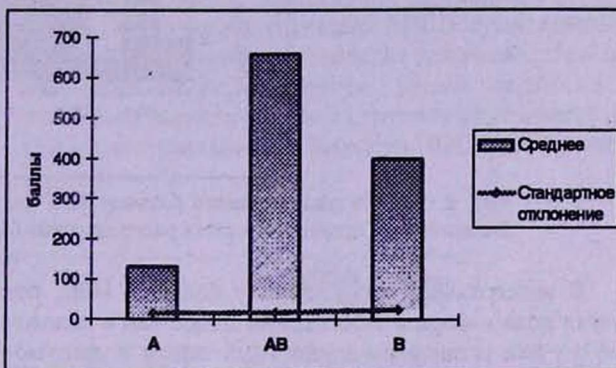
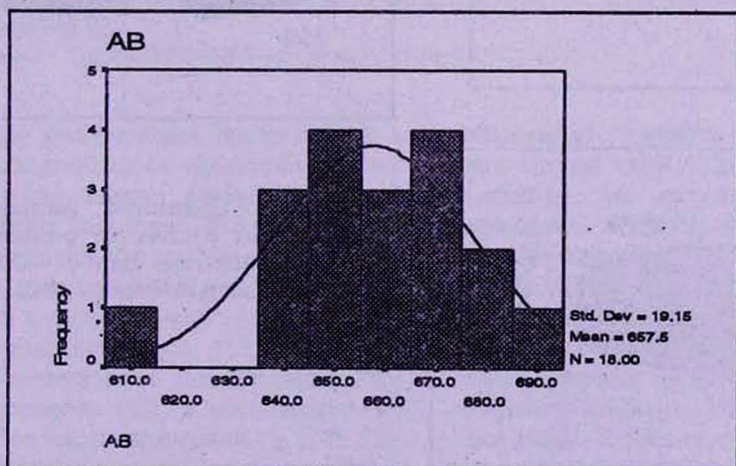
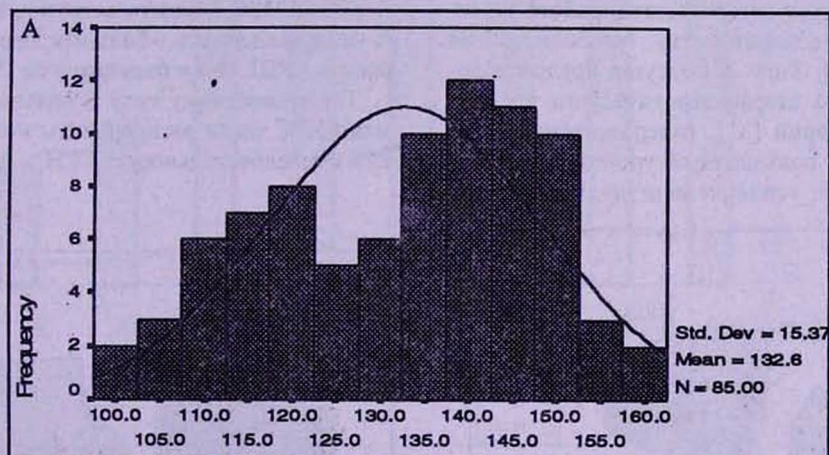


Рис.1. Результаты исследования личностного профиля больных ИБС по опроснику JAS



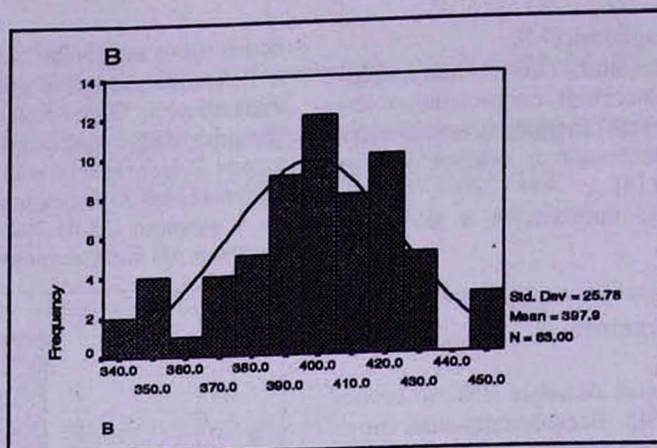


Рис. 2. Частота распределения больных ИБС по личностным типам по опроснику JAS: по оси абсцисс – баллы, по оси ординат – частота распределения больных

В интегральном выражении у больных ИБС, без учета пола и формы заболевания, более чем в половине случаев установлен личностный тип А, подразумевающий совокупность черт личности, которой характерны стремление к первенству, превосходству при значительном противодействии извне. Подобным лицам свойственны чувство нетерпимости, работа на износ, склонность к соперничеству, необоснованная враждебность [18,21]. Типу А присущи предрасположенность к развитию атеросклеротического поражения коронарных артерий [33], гиперактивация адренергических систем, повышенный уровень атерогенных липидов в крови, усиление коагуляционного по-

тенциала системы гемостаза [6,25]. Личностный тип А признан своеобразным предиктором фактора риска и маркером прогнозирования течения коронарогенных поражений миокарда [2].

Результаты изучения структуры типологического распределения больных, страдающих различными формами ИБС, свидетельствуют, что личностный тип А чаще выявляется у больных, перенесших ИМ и операцию АКШ, чем у пациентов со ССН I – II ФК.

По личностному типу В больные различными формами ИБС были распределены в следующей убывающей последовательности: ССН > АКШ > ИМ (рис.3).

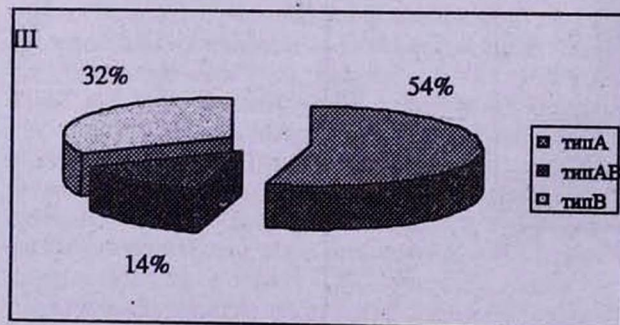
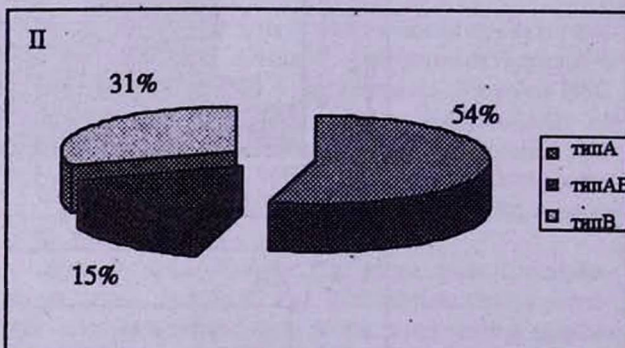
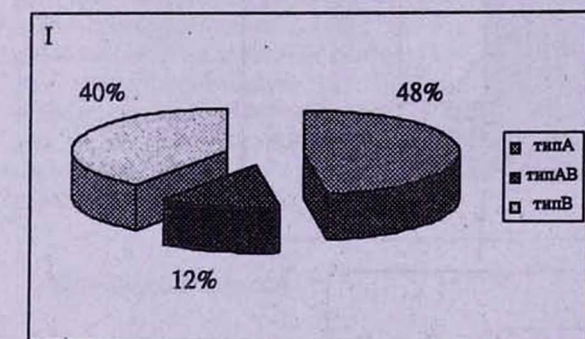


Рис.3. Процентное распределение больных различными формами ИБС по личностному типу: I – ССН; II – перенесенный ИМ; III – АКШ

**Результаты психотестирования по BDI.** Изучение коморбидности ишемических поражений миокарда и депрессивных расстройств, являющееся одним из приоритетных направлений психосоматических исследований в области кардиологии, определило мотивацию последующего направления проводимых исследований – выявление частоты распространенности депрессии у больных ИБС с крайними личностными типами. Особое внимание в указанном плане было уделено больным с личностным типом А. Анализ результатов психометрии показал, что у больных ИБС с личностным типом А (без учета формы заболевания) депрессия обнаруживается в 84,5% случаев, что свидетельствует о высокой степени ее ассоциированности с коронарной патологией. В то же время из числа боль-

ных ИБС с личностным типом В депрессия выявлена лишь в 56,5%. Необходимо отметить, что дифференцированное рассмотрение частоты депрессивных расстройств у больных ИБС в подобном аспекте почти не изучено и является новым психосоматическим подходом к изучаемой проблеме.

Данные проведенного анализа указывают на отсутствие среди исследуемого контингента больных личностного типа А, страдающих различными формами ИБС (включая и перенесших АКШ), существенных различий в степени распределения депрессии. Результаты изучения распределения уровня депрессии в достаточно репрезентативных группах обследованных пациентов с различными формами ИБС представлены на рис.4.

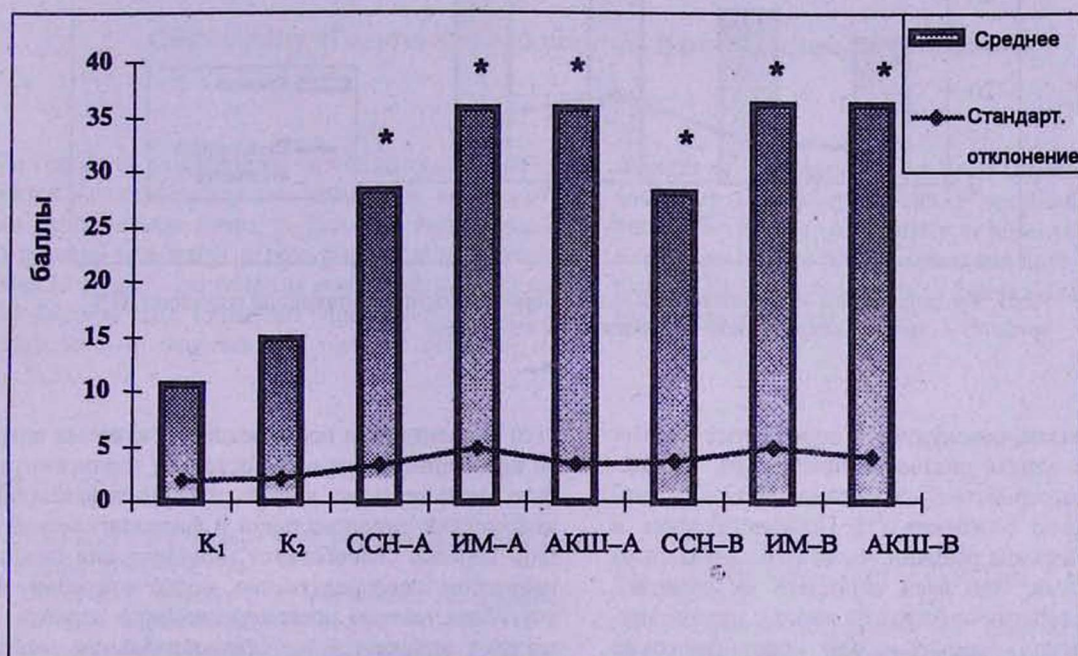


Рис.4. Уровень депрессии у больных различными формами ИБС крайних личностных типов по опроснику BDI.

\*  $p < 0,001$  – степень достоверности по сравнению с контролем

Выявленный факт существенной диспропорции в частоте обнаружения депрессии у пациентов крайних личностных групп представляет интерес в аспекте корреляции депрессии с развитием ИБС и ее рассмотрения в рамках концептуальной модели, предусматривающей первичную роль депрессии как психосоматического компонента и одновременно предиктора развития коронарной недостаточности [23,29]. Признание депрессии как независимого фактора риска, вносящего «вклад» в развитие ИБС, в настоящее время находит все большее число приверженцев [34]. Подобная трактовка в определенной степени исключает

«фатальный» характер принадлежности пациента к личностному типу А, поскольку уже само признание депрессии как сопрягающего психосоматического компонента в патогенезе ИБС предполагает возможность ее коррекции.

**Результаты психотестирования по ZDI.** Анализ полученного материала свидетельствует, что при использовании опросника ZDI обнаружены некоторые количественные различия в частоте выявления депрессии у больных ИБС в рамках крайних личностных типов. В частности, у больных ИБС с личностным типом А депрессия выявлена по ZDI в несколько

меньшем проценте случаев (77,3%), чем по BDI (84,5%); у больных ИБС с личностным типом В депрессия отмечается несколько чаще (61,2%), чем при психометрии по BDI (56,5%). Указанные различия свидетельствуют, что при тестировании опросником ZDI картина межтиповой асимметрии частоты выяв-

ляемости депрессии у пациентов с крайними личностными типами получается несколько размытой. Одновременно обращает на себя внимание отсутствие различий в уровне депрессии у больных крайних личностных типов (рис.5).

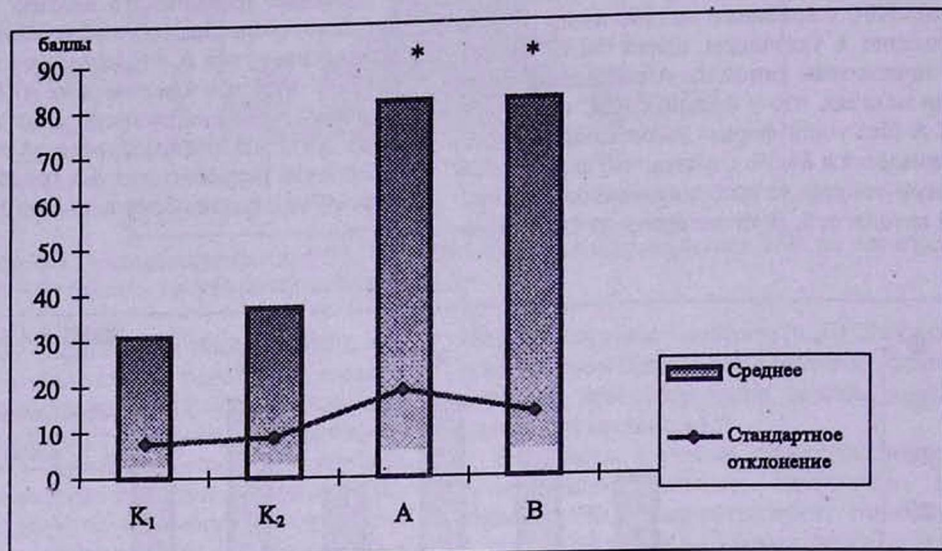


Рис.5. Уровень депрессии у больных ИБС с крайними личностными типами по опроснику ZDI.  
\* $p < 0,001$  – степень достоверности по сравнению с контролем

Таким образом, совокупность полученных данных является еще одним подтверждением того, что депрессивные расстройства – наиболее соматизированные психические состояния [3]. Психологические и психопатологические реакции, часто называемые психосоматическими, при всей общности их содержательной характеристики (страх за жизнь), при различных патологиях имеют свои специфические (эталонные) симптомы и синдромы. Для ИБС в качестве таковых выступают тревожно-депрессивные расстройства, при этом депрессия и ее вегетативные проявления переплетаются с симптомами соматической патологии, отягощая течение основного заболевания [13]. Считается, что хотя депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства отмечаются у 20–70% больных с верифицированной ИБС, 50–90% пациентов не получают адекватной психокорректирующей терапии [1]. Указанная проблема становится особенно актуальной в связи с возрастающей тенденцией к хирургическому лечению ИБС, особенно при безуспешности лекарственной интервенции. Выдвигается необходимость объективизации психосоматического ста-

туса пациента до и после реконструктивных операций на коронарных артериях, поскольку кардиохирургическое вмешательство, являясь пусковым фактором специфической эмоциональной и физиологической реакции, нередко способствует манифестации симптомов депрессии непосредственно после операции АКШ, усугубляя течение постоперационного периода, и негативно отражается на психосоциальном имидже и качестве жизни пациентов даже в достаточно отдаленные сроки после оперативного вмешательства [30]. В большинстве случаев операция реваскуляризации миокарда положительно не отражается и на качестве жизни пациентов, продолжительное время страдающих ИБС [19,20]. Исключительно неблагоприятный психоэмоциональный фон после АКШ формируется у пациентов вследствие сохранения устойчивой депрессии и состояния повышенной тревожности [10,26], в связи с этим разработка стандартизированных методов и протокольного обеспечения коррекции депрессивных расстройств при ИБС является одной из приоритетных задач междисциплинарного уровня.

Поступила 21.03.04

## Դեպրեսիայի եւ անձի փխայերի համաախտաբանությունը սրտի իշեմիկ հիվանդության ժամանակ

Ի.Է. Սեկոյան

Հոգեէափիլ հետազոտությունների արդյունքները անցկացրած ըստ Jenkins Activity Survey թեստի, վկայում են, որ սրտի իշեմիկ հիվանդության (ՄԻՀ) տարբեր ձևերով տառապող 163 հետազոտված հիվանդների մեջ գերակշռում է անձի A (կորոնար) տիպը, որը ավելի հաճախ հանդիպում է տղամարդկանց մոտ և դիտվում է որպես ՄԻՀ նախատրամադրվածության և ռիսկի գործոն: ՄԻՀ A տիպի հի-

վանդները, Beck Depression Inventory և Zung Depression Inventory հարցաշարերի հոգեբանական թեստավորման տվյալների համաձայն, 70%-ից ավելի դեպքերում, հատկապես սրտամկանի ինֆարկտ տարած և արտահայտված կարդիալոգիա ունեցող հիվանդները, ունեն դեպրեսիայի բարձր մակարդակ: Ստացված տվյալները վկայում են դեպրեսիայի և անձի տիպերի համաախտաբանության մասին՝ ՄԻՀ դեպքում:

## Comorbidity of depression and personal types in ischemic heart disease

I.E.Sekoyan

The results of psychometric investigations according to Jenkins Activity Survey test testify that among 163 patients with various forms of ischemic heart disease (IHD) personal (coronary) A type prevails more often in men than in women and which is considered as predictor and risk factor of IHD. In patients with IHD of personal A type high level of depression is revealed according to

findings of psychotesting on Beck Depression Inventory and Zung Depression Inventory questionnaires in more than 70% of cases, particularly in patients who have suffered from myocardial infarction and have expressed cardialgy. Obtained data testify to comorbidity of depression and the personal type in IHD.

## Լիտերատուրա

1. Довженко Т.В., Майчук Е.Ю. Русский медицинский журнал, 2001, т. 9, с.14.
2. Зайцев В.П., Айвазян Т.А., Погосова Г.В., Акчури Н.И. и др. Кардиология, 1998, 4, с.30.
3. Маколкин В.И., Ромасенко Л.В. Тер.архив, 2003, 12, с.5.
4. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика: методы и тесты. М., 2003.
5. Реан А.А. Психология изучения личности. СПб., 1999.
6. Скоромец А.А., Радченко В.Г., Федорев В.Н. Журн. невр. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2003, 6, с.47.
7. Тодд Дж., Богарт А.К. Основы клинической и консультативной психологии (пер. с англ.). СПб. - М., 2001.
8. Beck A.T. Depression: causes and treatment. N.Y., 1972.
9. Blumenthal J.A., Lett H.S., Babyak M.A. et al. Lancet, 2003, 362, p.604.
10. Borowicz L., Royall R., Grega M. et al. Psychosom., 2002, 43, p. 464.
11. Brummett B.H., Babyak M.A., Siegler I.C. et al. Am.J. Cardiol., 2003, 92, p.529.
12. Burg M.M., Bendetto M.C., Soufer R. Psychosom. Med., 2003, 65, p.508.
13. Charlson M.E., Isom O.W. N. Engl. J. Med., 2003, 348, p.1456.
14. Claesson M., Burell G., Birgander L.S. et al. J.Cardiovasc. Risk., 2003, 10, p.258.
15. Drory Y. Harefuah, 2000, 138, p. 229.
16. Friedman M., Roseman R.H. JAMA., 1959, 169, p.1286.
17. Gidron Y., Berger R., Lugasi B., Ilia R. Coron. Artery Dis., 2002, 13, p.205.
18. Glassman A.H., Shapiro P.A. Am. J. Psychiatry, 1998, 155, p.4.
19. Hamalainen H., Smith R., Puukka P. et al. Scand. J. Public Health., 2000, 28, p.62.
20. Isgro F., Skuras J.A., Kiessling A.H. et al. Thorac. Cardiovasc. Surg., 2000, 50, p. 95.
21. Jenkins D. Ann. Rev. Med., 1979, 29, p. 543.
22. Lauzon C., Beck C.A., Huynh T. et al. CMAJ, 2003, 168, p. 547.
23. Lesperance F., Frasure-Smith N. CMAJ, 2003, 168, p. 547.
24. Melsop K.A., Boothroyd D.B., Hlatky M.A. Am. Heart J., 2003, 145, p.36.
25. Pygnay-Demaria V., Lesperance F., Demaria R.G. et al.

- Ann. Thorac. Surg., 2003, 74, p.314.
26. *Poston W.S., Haddock C.K., Conard M.W. et al. Behav. Modif.*, 2003, 27, p.26.
27. *Raikkonen K., Matthews K.A., Kuller L.H. Metabolism*, 2002, 51, p.1573.
28. *Rumsfeld J.S., Magid D.J., Plomondon M.E. et al. J. Am. Coll. Cardiol.*, 2003, 41, p.1732.
29. *Ruo B., Rumsfeld J.S., Hlatky M.A. et al. JAMA*, 2003, 290, p.215.
30. *Rymaszewska J., Kiejna A., Hadrys T. Eur. Psychiatry*, 2003, 18, p.155.
31. *Sheps D.S., McMahon R.P., Becker L. et al. Circulation*, 2002, 105, p.1780.
32. *Soderman E., Lisspers J., Sundin O. Soc. Sci. Med.*, 2003, 56, p.193.
33. *Survit R.S., Williams R.B., Shapird D. Behavioral approaches to cardiovascular disease. N.Y.*, 1982.
34. *Woolly M.A., Kiefe C.I., Chesney M.A. et al. Arch. Intern. Med.*, 2002, 162, p.2614.